

24. Шалимов А.А. Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. -Хирургия печени и желчевыводящих путей. Киев 1993, 508с.

Rezumat

În perioada anilor 1980-2010, în Clinica 1 Catedra 2 Chirurgie a USMF „N. Testemițanu” au fost spitalizați 213 pacienți cu stricturi benigne ale căilor biliare extrahepatice (SBCBE). Evaluarea clinică a bolnavilor a inclus câteva etape consecutive: 1) stabilirea diagnosticului etiopatogenetic; 2) decompresiunea preoperatorie a arborelui biliar; 3) actul chirurgical reconstructiv. În cazul SBCBE, după cuparea icterului și a infecției biliare, am efectuat derivațiile bilio-digestive în dependență directă de nivelul obstacolului, preferând cele bilio-jejunale pe ansă izolată în Y a la Roux. Letalitatea postoperatorie a fost marcată în 6 (2.82%) cazuri.

Summary

213 patients with benign strictures of extrahepatic biliary ducts (BSEBD) during the period of 1980-2010 years were hospitalized in surgical clinic 2 of State Medical University „N. Testemițanu”. Clinical patients' evaluation included a several consecutive stages: 1) establishing of etiopathogenic diagnosis; 2) preoperative biliary ducts decompression; 3) reconstructive surgery. In cases of BSEBD after managing the jaundice and biliary infection were performed biliodigestive derivations on direct dependency of the level of obstruction with preferring of biliojejunal ones on the loop by Roux. Postoperative lethality was 2.82 % (n=6).

MANAGEMENTUL ASISTENȚEI ONCOLOGICE A BOLNAVILOR CU TUMORI ALE REGIUNII CAPULUI ȘI GÂTULUI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Acad. Gheorghe Țibîrnă,
IMSP Institutul Oncologic

Au trecut mai mult de 30 de ani din momentul când, din proprie inițiativă, și din inițiativa prof. A.I. Paces, la fel, cu sprijinul dlui Gh.B. Honelidze (director al IOM), a fost organizată în republică prima secție de tratare și studiere a tumorilor capului și gâtului.

Din primele zile de lucru ale secției au apărut multe probleme organizatorice, ce țineau de acordarea asistenței oncologice bolnavilor cu tumori ale regiunii capului și gâtului și de pregătirea specialiștilor calificați în acest domeniu.

În lipsa unui serviciu specializat, bolnavii cu tumori ale regiunii capului și gâtului erau tratați de către specialiștii respectivi din rețeaua generală: otorinolaringologi, stomatologi, dermatologi, radiologi, chirurghi, endocrinologi, oftalmologi și doar foarte puțini – de către oncologi.

Un mare dezavantaj al asistenței oncologice acordate de către medicii specialiști era tactica strict locală față de organul respectiv (limbă, laringe, sinusurile paranazale, glanda tiroidă etc.), în timp ce procesul se extindea și agresa organele vecine, ieșind din competența specialistului respectiv. Alt dezavantaj era imposibilitatea unui tratament complex, integru, bazat pe principii oncologice. Etapa chirurgicală o efectuau specialiștii din domeniu, după care bolnavii urmau să se adreseze în clinica oncologică pentru radio- sau chimioterapie.

În anul 1977 și-a început activitatea clinica de 40 de paturi pentru bolnavii cu tumori ale regiunii capului și gâtului, în cadrul Institutului Oncologic din Moldova, care pe parcursul anilor a acumulat o experiență bogată de lucru în plan organizator-metodic, curativ și științific. Această experiență în nenumărate rânduri a fost pe larg oglindită în presă, prezentată sub formă de rapoarte la conferințe, întruniri științifice atât în republică, cât și peste hotarele ei.

Chiar de la început a fost bine argumentată necesitatea organizării unei astfel de clinici prin: morbiditatea înaltă printre bolnavii cu neoplasme ale regiunii capului și gâtului (până la 44.5%⁰⁰⁰), particularitățile lor clinico-morfologice comune și capacitatea răspândirii rapide de pe un organ pe altul căile comune de metastazare (ganglionii limfatici cervicali), aceleași principii de tratament. În cadrul acestei secții, medicii de diferite specialități au posibilitatea să facă schimb de experiență și cunoștințe în disciplinele apropiate, formându-se un nou **specialist-oncolog, în stare să rezolve problemele dificile de diagnostic și tratament ale tumorilor capului și gâtului.**

Experiența acumulată, multiplele relații științifice și clinice cu diferite specialități medicale din republica noastră și de peste hotare ne permit să afirmăm cu toată răspunderea, că la momentul actual secțiile „Tumori ale regiunii capului și gâtului” constituie cea mai reușită formă organizatorică în sistemul instituțiilor oncologice. Odată cu organizarea lor a decăzut necesitatea transferului bolnavilor în alte instituții și secții de profil, toate etapele tratamentului fiind asigurate

și urmărite de o singură echipă de medici, cu pregătire oncologică specială. În cadrul Institutului Oncologic, medicii din secție conlucrează cu specialiștii radiologi, chimioterapeuți, anesteziologi și reanimatologi, endoscopiști, reabilitologi, logopezi, specialiști în protezare etc., astfel asigurându-se integritatea și succesiunea tratamentului.

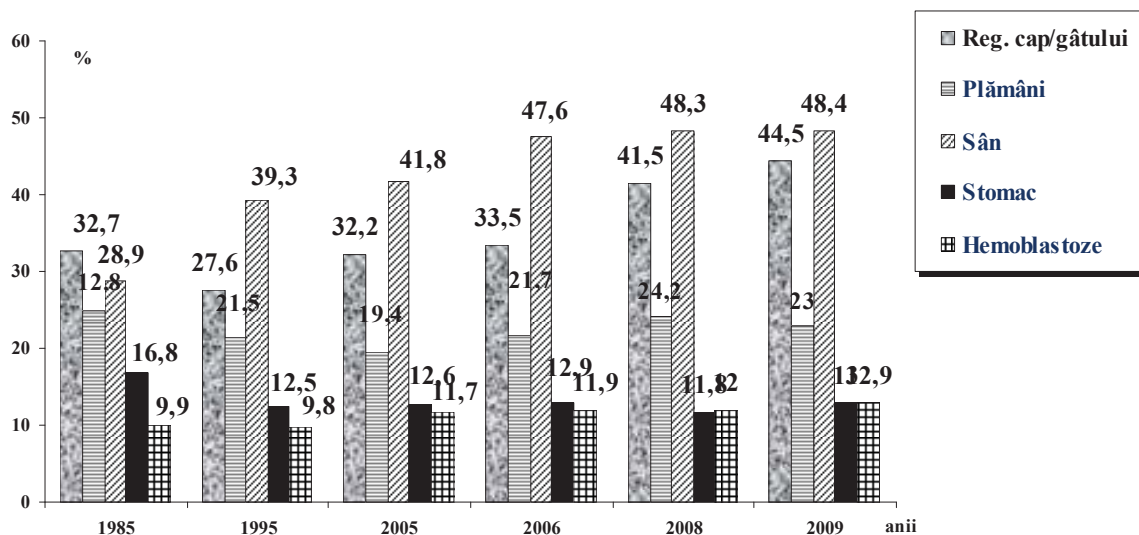
Tabelul 1

Dinamica morbidității prin tumori maligne în Republica Moldova (c. abs. și ‰)

| Localizarea | 1985 | | 1995 | | 2005 | | 2006 | | 2008 | | 2009 | |
|------------------------------------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|
| | c.a. | ‰ | c.a. | ‰ | c.a. | ‰ | c.a. | ‰ | c.a. | ‰ | c.a. | ‰ |
| Total | 7325 | 177,4 | 7014 | 162,1 | 6952 | 193,4 | 7361 | 205,3 | 7607 | 212,7 | 8043 | 225,3 |
| Plămâni | 1051 | 24,9 | 930 | 21,5 | 696 | 19,4 | 779 | 21,7 | 862 | 24,2 | 821 | 23,0 |
| Piele | 1082 | 24,6 | 733 | 17,0 | 709 | 19,7 | 781 | 21,8 | 765 | 21,4 | 784 | 22,0 |
| Gl. mamară (F.) | 717 | 28,9 | 892 | 39,3 | 783 | 41,8 | 889 | 47,6 | 900 | 48,3 | 897 | 48,4 |
| Stomac | 702 | 16,8 | 542 | 12,5 | 454 | 12,6 | 461 | 12,9 | 421 | 11,8 | 463 | 13,0 |
| Colul uterin (F.) | 459 | 21,3 | 298 | 13,1 | 330 | 17,6 | 329 | 17,6 | 288 | 15,5 | 331 | 17,8 |
| Hemoblastoze | 412 | 9,9 | 422 | 9,8 | 421 | 11,7 | 427 | 11,9 | 425 | 12,0 | 460 | 12,9 |
| Alte localizări | 2902 | 70,3 | 3197 | 73,9 | 3559 | 99,0 | 3695 | 103,1 | 3946 | 110,0 | 4287 | 120,1 |
| Regiunea capului și gâtului | | | | | | | | | | | | |
| Total | 1348 | 32,7 | 1194 | 27,6 | 1158 | 32,2 | 1202 | 33,5 | 1485 | 41,5 | 1590 | 44,5 |
| Pielea regiunii cap/gâtului | 757 | 18,1 | 535 | 12,4 | 517 | 14,4 | 571 | 15,9 | 765 | 21,4 | 784 | 22,0 |
| Cav. bucală și faringele | 183 | 4,4 | 299 | 6,9 | 271 | 7,5 | 231 | 6,4 | 278 | 7,8 | 299 | 8,4 |
| Buza inferioară | 207 | 5,1 | 149 | 3,4 | 85 | 2,4 | 94 | 2,6 | 76 | 2,1 | 79 | 2,2 |
| Laringele | 124 | 3,1 | 148 | 3,4 | 101 | 2,8 | 131 | 3,7 | 133 | 3,7 | 159 | 4,5 |
| Glanda tiroidă | 77 | 1,9 | 63 | 1,5 | 184 | 5,1 | 175 | 4,9 | 233 | 6,5 | 269 | 7,5 |

Diagrama 1

Structura morbidității prin tumori maligne în R. Moldova (anii 1985, 2005, 2006, 2008, 2009)



Tabelul 2

Repartizarea bolnavilor cu tumori maligne în regiunea capului și gâtului în dependență de extinderea procesului tumoral (pe parcursul anului 2009)

| Localizarea tumorii | Total bolnavi | Stadiul | | | | Confirmarea diagnozei | |
|---------------------|---------------|-------------|-------------|-----------|-----------|-----------------------|-------------|
| | | I | II | III | IV | histologic | citologic |
| Pielea | 784 | 343 (43,8%) | 195 (24,9%) | 78(9,9%) | 21 (2,7%) | 314(40,0%) | 470 (60,0%) |
| Buza inferioară | 79 | 4 (5,1%) | 43 (54,4%) | 25(32,6%) | 3(3,8%) | 74(93,7%) | 5(6,3%) |

| | | | | | | | |
|-------------------------------|-------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Cavitatea bucală și faringele | 299 | 5 (1,7%) | 14 (4,7%) | 187 (62,5%) | 79(26,4%) | 235 (78,6%) | 58 (19,4%) |
| Laringele | 159 | 2 (1,3%) | 21 (13,2%) | 109 (68,6%) | 22(13,8%) | 125(78,6%) | 29 (21,4%) |
| Glanda tiroidă | 269 | 56 (7,8%) | 148 (55,0%) | 72 (26,8%) | 14 (5,2%) | 262(97,4%) | 4(2,6%) |
| Total | 1590 | 375(23,6%) | 421(26,5%) | 471(29,6%) | 139(9,76%) | 943(59,3%) | 566(35,6%) |

Existența acestei secții este justificată și prin faptul că se observă o tendința sporită a morbidității prin tumori ale capului și gâtului.

Astfel, se constată că primul loc în structura morbidității cu tumori maligne în Republica Moldova îl ocupă tumorile capului și gâtului – 1590 de bolnavi primari sau 44.5 ‰ pe anul 2009 (vezi tabelul 1, diagrama 1).

Materialul în număr oglește latura cantitativă a cazurilor de observări clinice și experiența de lucru pe parcursul a peste 30 de ani. Aceasta constituie materialul de bază pentru studiul științific permanent.

Din categoria localizărilor vizuale fac parte tumorile organelor, care prin amplasarea lor sunt accesibile examenului vizual obișnuit, iar depistarea lor, de regulă, nu necesită aplicarea instrumentelor și aparatelor complicate. Această categorie include în sine tumorile pielii, buzei inferioare, mucoasei cavității bucale, faringelui și laringelui, glandei tiroide și a celor salivare.

Diagnosticul precoce al acestor tumori depinde de faptul cât de atent este bolnavul față de propria sa sănătate, precum și de vigilența oncologică, erudiția profesională a medicului generalist. Cu alte cuvinte, dacă acesta știe nu numai să privească, ci și să vadă. Aceste tumori vizibile, aflate în stadiul III al evoluției, trebuie considerate drept un proces delăsător, nedepistat. Destinul vieții unor asemenea bolnavi depinde de medicul de familie sau de medicul specialist, căruia inițial i s-a adresat pacientul.

Pentru a demonstra acest lucru, să urmărim evoluarea proceselor după stadii (tabelul 2). Din tabel se vede, că din întreaga rată de bolnavi cu tumori în regiunea capului și gâtului pe anul 2009, 471 (29,6%) au fost depistați în stadiul III și 139 (9,76%), în stadiul IV. Noi am cercetat cauzele depistării tardive a acestor cancere (tabelul 2b). Din datele tabelului s-au schițat următoarele cauze: 1) adresarea tardivă a bolnavilor după ajutor medical (408 – 70,22%); 2) greșeli de diagnostic comise de medici (123 - 21,17%), 3) evoluție latentă – 50 (8,6%).

Tabelul 2b

Cauzele depistării tardive a bolnavilor cu tumori ale capului și gâtului pe anul 2009

| Localizarea procesului tumoral | Numărul bolnavilor | Cauzele depistării tardive | | Evoluție latentă |
|--------------------------------|--------------------|----------------------------|-----------------------|------------------|
| | | Adresarea tardivă | Greșeli de diagnostic | |
| Pielea | 119 | 78(65,54%) | 39(32,73%) | - |
| Buza inferioară | 35 | 23(65,71) | 13(37,14) | - |
| Cavitatea bucală și faringele | 251 | 211(84,06%) | 21(8,36) | 18(7,17%) |
| Laringele | 102 | 65(63,72%) | 38(37,25) | - |
| Glanda tiroidă | 74 | 31(41,89) | 12(16,31%) | 32(43,24%) |
| Total | 581 | 408 (70,22%) | 123(21,17%) | 50(8,6%) |

În sfârșit, în tabelul 2c sunt analizate erorile comise de medicii rețelelor curative generale. Cele mai multe dintre ele aparțin stomatologilor (20,32%), medicilor de familie (19,51%), chirurgilor (17,88%).

Tabelul 2c

Erorile comise de medicii rețelei curative generale în diagnosticul tumorilor maligne a regiunii capului și gâtului pe parcursul anului 2009

| Medicul specialist | Numărul erorilor | % |
|--------------------|------------------|--------------|
| Stomatolog | 25 | 20,32 |
| Otorinolaringolog | 8 | 6,5 |
| Endocrinolog | 20 | 16,26 |
| Dermatolog | 15 | 12,19 |
| Chirurg | 22 | 17,88 |
| Terapeut | 9 | 7,31 |
| Medicul de familie | 24 | 19,51 |
| Total | 123 | 99,97 |

Pentru îmbunătățirea diagnosticului precoce al tumorilor maligne ale capului și gâtului lucrul organizatoric trebuie efectuat în două direcții: 1) Educația sanitară oncologică a populației R. Moldova astfel, că primul pas spre diagnosticul precoce să fie efectuat **de însuși bolnavul**; 2) creșterea vigilenței oncologice în activitatea medicului generalist și de familie având la baza cunoașterea simptomelor generale caracteristice cancerului.

SIMPOTMELE GENERALE CARACTERISTICE PENTRU CANCER (cunoașterea lor este obligatorie pentru orice medic specialist și de familie)

1. Apariția maladiei pe fondul stării precanceroase existente de mai mult timp.
2. Progresarea continuă (săptămâni și luni) a simptoamelor maladiei (lipsa efectului de la tratamentul conservativ).
3. Lipsa în tabloul clinic a perioadei inițiale de dezvoltare a maladiei – sindrom algic accentuat.
4. Dezvoltarea relativ rapidă a maladiei.

Din primele zile de lucru ale secției au fost strict determinate neoformațiunile ce se încadrează în noțiunea de „tumori ale capului și gâtului”. După mai multe discuții și dezbateri, s-au ales tumorile localizate mai sus de claviculă:

1. Pielea și țesuturile moi ale regiunii capului și gâtului.
2. Regiunea maxilo-facială:
 - a) organele cavității bucale și buzele;
 - b) glandele salivare mari (parotidă, submandibulară, sublingvală);
 - c) oasele maxilei și mandibulei, osul zigomatic etc.
3. Organul vizual (pleoapele, globul ocular, orbita).
4. Urechea externă și medie.
5. Căile respiratorii superioare:
 - a) cavitatea nazală și sinusurile paranasale (sinusul maxilar, frontal și sfenoidal);
 - b) faringele (nazofaringele, orofaringele, hipofaringele);
 - c) laringele.
6. Glanda tiroidă.
7. Tumorile extraorgane (de origine nervoasă, derivate ale mezenchimei, neclasificate, tumori disembrionice și afectarea tumoroasă a ganglionilor limfatici cervicali).

Diagnosticul și, în special, tratamentul neoformațiunilor organelor și țesuturilor enumerate constituie o problemă dificilă, cauzată de faptul că aceste tumori, pe lângă variabilitatea evoluției clinice, mai au și o structură histologică și o histogeneză variată, posedă sensibilitate diferită la tratamentul radioactiv și medicamentos, iar intervențiile chirurgicale sunt atât de numeroase și atât de variate, că ar putea alcătui un atlas voluminos la prezentarea lor grafică.

Să luăm drept exemplu neoformațiunile faringelui, preponderent maligne: ele au o frecvență de apariție diferită în funcție de regiunile lui anatomice: în nazofaringe – 47, în orofaringe – 101, în hipofaringe – 54 (tabelul 3).

Tabelul 3

| Localizarea | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 1. Nazofaringe | 36 | 26 | 40 | 43 | 50 | 45 | 42 | 46 | 46 | 47 |
| 2. Orofaringe | 50 | 67 | 64 | 81 | 66 | 50 | 45 | 109 | 78 | 101 |
| 3. Hipofaringe | 52 | 42 | 44 | 52 | 38 | 36 | 38 | 58 | 74 | 54 |
| Total | 138 | 135 | 148 | 176 | 154 | 131 | 125 | 213 | 198 | 202 |

Deși toate aceste neoformațiuni, conform datelor din literatură, alcătuiesc un singur compartiment al tumorilor faringelui, în realitate ele au puțin în comun, atât în plan morfologic și clinic, cât și în plan diagnostic și de tratament.

1. Cancerul nazofaringelui, de regulă, are o structură nediferențiată și, reieșind din sensibilitatea lui la iradiere, mai frecvent este supus telegamaterapiei sau tratamentului asociat (radioterapie + medicamentos). Telegamaterapia se aplică prin scindarea dublă a dozei sumare, iar în calitate de preparate antitumorale se utilizează vinblastin, metotrexat, ciclofosamid, cistplatina.

Prin metoda radio-chimioterapeutică de tratament, regresia deplină a cancerului nazofaringelui a **fost atinsă în 81,2% din cazuri** (majoritatea bolnavilor până la tratament prezentau și metastaze regionale). Aceste rezultate impun necesitatea continuării cercetărilor în direcția dată.

2. Tumorile maligne ale orofaringelui sunt localizate mai frecvent la baza limbii, pe tonzilele palatine, pe peretele posterior al faringelui, și, de obicei, după structura histologică prezintă cancer plat pavimentos. Caracteristica clinico-morfologică a acestor tumori diferă în funcție de localizarea lor pe structurile orofaringelui și necesită tactici diferite de tratament, inclusiv tratament chirurgical sau tratament combinat. Tehnica acestor operații este complicată, variată și traumatică, în cancerul peretelui posterior al faringelui se aplică cu succes metoda criochirurgicală de tratament.

3. În cancerul hipofaringelui (cu structură de cancer plat pavimentos), localizat preponderent în sinusul piriform, pe parcursul multor ani, se aplică metoda de tratament combinat cu terapie radiologică preoperatorie. Cercetările în problema tratamentului combinat au cerut eforturi mari, dar ele au fost justificate prin obținerea unor rezultate bune în favoarea asocierii extirpării radicale a porțiunii cervicale a faringelui la prima etapă, cu radioterapie la etapa a doua. În termeni stabiliți se recuperează plastic defectele postoperatorii.

Astfel, pe exemplul cancerului faringelui am demonstrat pe scurt cât de complicate și variate sunt formele clinico-morfologice și metodele de tratament ale bolnavilor de cancer în regiunea capului și gâtului și cât de multe probleme mai sunt de rezolvat în acest domeniu.

Cancerul mucoasei cavității bucale (limbii, planșeului bucal, mucoasei bucale, gingiilor, mandibulei și maxilei, palatinului dur) are o evoluție extrem de agresivă și prezintă dificultăți serioase în ce privește tratamentul. Diversitatea de localizări și forme histologice, multiple grade de malignizare ale cancerului plat pavimentos al cavității bucale face dificilă aprecierea tempourilor de avansare chiar și în stadiile inițiale. De aceea, la planificarea tratamentului este necesar de a dispune de informație clinico-morfologică deplină, bazată pe analiza multifactorială. Aceste cercetări s-au dovedit a fi exclusiv de voluminoase, efectuarea lor a permis să se stabilească legăturile directe dintre caracteristicile tumorii și rata de supraviețuire de 5 ani.

Începând cu anul 1972 și până în prezent, în clinică s-a efectuat tratamentul a peste 1150 de bolnavi cu cancer al mucoasei cavității bucale de diferite localizări. La stadiile inițiale (I-II), cancerul mucoasei cavității bucale se caracterizează prin sensibilitatea crescută la iradiere și poate fi tratat cu succes doar prin radioterapie. Merită atenție metoda iradierii externe cu gama-terapia intracavitară la aparatul „Selectron”, elaborată în institutul nostru (A.S. Marandiuc, 1987). Bolnavii rămân sub observare în continuare, chiar după regresia totală a tumorii. Supraviețuirea bolnavilor supuși radioterapiei la stadii inițiale (I-II) a constituit circa 70%, la 3 ani, și 50% – la 5 ani.

În caz de tumoră restantă, tumoră radiorezistentă sau recidive este aplicată metoda chirurgicală - electroexereza lărgită a tumorii. Astfel, în cancerul limbii, la stadii inițiale și în recidive limitate, ca operație radicală este considerată hemi-glosectomia. Rata supraviețuirii la 5 ani a bolnavilor cu cancer la stadiile I-II, în toate formele de tratament (chirurgical, radiologie sau combinat), conform diferitor autori, constituie până la 65,3%. Deosebit de dificile sunt cazurile când tratamentul chirurgical la stadiile inițiale este contraindicat din cauza patologiilor asociate grave, vârstei înaintate etc., în aceste cazuri am recurs la criochirurgie. Rezultatele obținute ne obligă să continuăm investigațiile în această direcție.

Am aplicat metoda criodestrucției la 113 bolnavi, cu forme local avansate și recidivante ale cancerului mucoasei cavității bucale, 75% dintre care aveau vârsta între 60 și 75 de ani și sufereau de maladii asociate, 27 de pacienți prezentau tumori radiorezistente și tumori primar multiple ale cavității bucale, în acest lot de bolnavi s-a obținut supraviețuirea la 5 ani în 32,1% cazuri. Menționăm că în ultimii ani practicăm în secția noastră ocluzia arterei carotide externe înainte de acțiunea criogenă, pentru a evita hemoragiile postnecrotice.

Criochirurgia este o metodă de perspectivă, o șansă pentru cazurile cu maladii asociate grave, sau când nu s-au obținut efectele dorite prin celelalte metode. Crioacțiunea este mai avantajoasă, comparativ cu hemi-glosectomia, în ce privește efectul cosmetic și funcțional.

Tactica de tratament a bolnavilor de cancer al organelor cavității bucale la stadiul III-IV diferă mult de cea în stadii incipiente și constă în aplicarea metodelor combinate de tratament – iradiere preoperatorie în asocierie cu rezecția tumorii primare și a metastazelor cervicale.

S-a constatat că hemiglosectomia aplicată ca metodă de bază în cancerul la baza limbii de st. III ulterior dă recidive în 45% cazuri. Evident că asta ne-a făcut să punem sub semnul întrebării raționalitatea acestei operații și să căutăm metode mai efective. În clinica noastră au fost elaborate metode de operații lărgite și combinate, cu includerea în blocul țesuturilor rezectate a câtorva formațiuni anatomice a cavității bucale. Detaliat, tot ce se referă la aceste intervenții chirurgicale este descris în cartea „Tratarea cancerului local-răspândit al regiunii capului și gâtului”, Știința, 1987.

În prezenta lucrare, vom elucida doar problema tratamentului chirurgical al bolnavilor cu cancer la baza limbii și anume problema accesului larg spre baza limbii, care întotdeauna a fost o dificultate serioasă în acest gen de operații.

Experiența ne permite să afirmăm, că metoda de acces existentă prin cavitatea bucală cu rezectarea mandibulei în regiunea incizivilor este incomodă, traumatică și nu asigură vizualitate suficientă. Prin multe probe și căutări am elaborat o metodă nouă de acces la baza limbii prin faringotomie laterală, cu rezectarea temporară a segmentului orizontal al ramurii mandibulei („Metoda operației chirurgicale în cancerul bazei limbii”), Pro-punerea de raționalizare nr.106 din 28.06.80 (Gh. Țîbîrnă).

Operațiile largite și combinate în caz de cancer al cavității bucale local-răspândit sunt extrem de volu-minoase și cu risc mare de complicații postoperatorii. Astfel de operații noi am efectuat în 60% cazuri, lotul constituind 387 de bolnavi.

Din 387 de bolnavi (vezi tabelul 4), după operații combinate la 5 ani au supraviețuit $33,4 \pm 4,1\%$, ceea ce, cre-dem noi, justifică aceste intervenții chirurgicale, chiar dacă unii cliniciști-oncologi de vază au refuzat aplicarea lor.

Tabelul 4

**Supraviețuirea bolnavilor cu cancer al mucoasei cavității bucale
în funcție de tipul intervenției chirurgicale (A. Clipca)**

| Tipul operației | Numărul bolnavilor operați | Din ei externați din staționar | Supraviețuirea, % | |
|-----------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| | | | 3 ani | 5 ani |
| Tipice | 52 | 52 | $56.5 \pm 8,5$ | $41.7 \pm 8,1$ |
| Lărgite | 95 | 89 | $50.5 \pm 10,3$ | $37.2 \pm 11,2$ |
| Combinat | 240 | 231 | $40.8 \pm 6,8$ | $30.1 \pm 6,7$ |
| Total | 387 | 372 | $45,0 \pm 3,8$ | $33,4 \pm 4,1$ |

Cancerul mucoasei cavității bucale la stadiile III-IV se caracterizează prin metastazare frecventă (50-60%) în nodulii limfatici regionali (cervicali). Tactica curativă în ce privește metastazele va fi determinată de situația clinică concretă:

- 1) metastaze regionale nu se determină;
- 2) metastaze regionale se suspectează;
- 3) metastaze regionale se determină clinic.

În cazurile când metastazele regionale nu se determină pot fi aplicate 3 variante de comportament:

- 1) observarea bolnavului după tratarea tumorului primar;
- 2) aplicarea curei de radioterapie asupra zonelor de metastazare regională;
- 3) aplicarea operațiilor preventive de evidare a ganglionilor.

Din experiența proprie am ajuns la concluzia că cea mai favorabilă este varianta a treia, argumentele fiind următoarele: dificultatea diagnosticului clinic al metastazelor regionale la o frecvență înaltă de metastazare în ganglionii limfatici cervicali, rata supraviețuirii mai mare la bolnavii cu metastaze nedepistate – $51,3\%$ compara-tiv cu $21,2\%$ în metastaze depistate. Aproximativ aceleași date comunică și alte clinici. Rezultate bune s-au obținut și la iradierea zonelor regionale, mai ales în cazurile când operațiile preventive au avut contraindicații. Investigațiile în această direcție rămân actuale și necesită cercetări prin randomizare.

La depistarea sau suspectarea metastazelor părerea majorității specialiștilor coincide și constă în evida-rea ganglionilor afectați, rămânând a fi discutabilă doar problema în ce termeni și în ce volum. Aici părerile diferă cu mult. Noi credem că tactica în privința ganglionilor trebuie să fie strict individuală și să depindă de caracterul metastazării (metastaze solitare sau multiple, uni sau bilaterale), în clinica noastră, ca regulă, exci-zia tumorii primare într-un bloc comun cu ganglionii regionali se efectuează la 2-3 săptămâni după iradierea preoperatorie a acestor zone.

În clinică noi utilizăm trei variante de excizie a țesutului celulo-adipos cervical, respectând indicațiile pentru fiecare din ele, în funcție de localizarea metastazelor în diferite forme de cancer al mucoasei cavității bucale și al altor organe din această regiune:

- 1) evidarea ganglionară cervicală superioară;
- 2) evidarea ganglionară cervicală (tipurile laringian și tiroidian);
- 3) operația Cryle.

Aceste trei tipuri de operații sunt descrise de noi în câteva monografii ilustrate (A.I. Paces, 1983; Gh.A. Țîbîrnă, 1987; Gh.A. Țîbîrnă, 2003; Gh.A. Țîbîrnă, 2005). Rezultatele tardive, după evidarea ganglionară cer-vicală, nu cedează celor după operația Cryle și constituie $15,1\%$ metastazări după 5 ani de observare. Marele avantaj al evidării ganglionare cervicale este posibilitatea de a păstra vena jugulară internă, mușchiul sterno-cleidomastoidean și nervul accesoriu, astfel evitându-se dereglările funcționale postoperatorii.

Tumorile glandelor salivare mari (parotidă, submandibulară, sublingvală) prezintă dificultăți serioase atât în plan clinico-morfologic, cât și curativ, mai ales tumorile glandei parotide cu frecvența mai mare comparativ cu celelalte localizări.

În clasificare histologică internațională la momentul actual sunt descrise și grupate foarte multe forme morfo-histologice de tumori ale glandelor salivare. Pentru un tratament cât mai efektiv, este necesar de a determina cu precizie forma histologică a tumorii și, în funcție de această formă, particularitățile evoluției ei clinice (A.I. Paces, 2003).

Tumoarea mixtă (adenomul pleomorf) a glandei parotide, ca una din cele mai frecvente, până nu demult era supusă tratamentului combinat (radioterapie preoperatorie, cu evidare ulterioară a tumorii). Această operație conține un risc mare de lezare a nervului facial, cu paralizia musculaturii mimice. Cercetările în comun cu radiologii au demonstrat că este suficient doar tratamentul chirurgical, deși unii medici mai continuă să aplice radioterapia. În lucrările noastre au fost descrise etapele rezecției subtotale a glandei parotide – înlăturarea tumorii cu țesutul glandular adiacent în raza ramificațiilor nervului facial, care practic exclude apariția recidivelor, progresarea creșterii sau diseminarea celulelor canceroase. Din 701 de bolnavi operați astfel, recidive au apărut doar la șase dintre ei și nu am avut nici un caz de lezare a nervului facial (perioada anilor 1972-2009). În tratarea tumorilor maligne a glandei parotide noi aplicăm metoda combinată de tratament cu radioterapie preoperatorie la prima etapă, componentul chirurgical variind individual: de la rezecția subtotală a glandei parotide în limita ramificațiilor nervului facial, cu păstrarea integrității lui, până la extirparea totală a glandei într-un bloc cu țesuturile din zona de metastazare.

Rezultatele tardive ale tratamentului combinat în cancerul glandei parotide ne relatează o supraviețuire de 5 ani și mai mult, la 35,1% bolnavi ele fiind dependente în mare măsură de tipul morfologic al carcinomelor. Astfel, supraviețuirea de 5 ani în caz de carcinom adenoid-chistic, conform datelor noastre, a atins cota de 50%.

Cancerul laringelui — este una din cele mai frecvente localizări din structura tumorilor maligne ale regiunii capului și gâtului, între anii 1976-2009 în clinica noastră au fost tratați peste 1850 de bolnavi cu cancer laringean: la st. I – 10,1%; la st. II – 18,2%; la st. III – 62,1% și la st. IV – 9,6%.

Tratamentul cancerului laringean rămâne o problemă foarte discutabilă, în care planificarea tratamentului trezește opinii și păreri controversate, adepții metodei radioterapeutice cât și a celei chirurgicale apărându-și prioritatea în tratamentul cancerului laringelui la stadiile I-II. Și totuși, este evidentă prioritatea radioterapiei, care dă rezultate pozitive de regresie totală a tumorii în 90% cazuri, iar supraviețuire de 5 ani, în 80%. Și doar în 20% cazuri există necesitatea unui tratament chirurgical, care, de altfel, poartă un caracter cruțător și economic. Noi am propus spre utilizare în practică două metode noi de tratament: terapia cu laser – și crioterapia (P. Gurău, V. Ciorici; tabelele 5a și 5b).

Tabelul 5a

Efectele lazeroterapiei în tratarea bolnavilor cu recidive limitate a cancerului porțiunii medii a laringelui, în funcție de forma de proliferare a tumorii (P. Gurău)

| Forma de creștere | Numărul bolnavilor | Efectul tratamentului | | |
|-------------------|--------------------|-----------------------|---------------|------------|
| | | Efect deplin | Efect parțial | Fără efect |
| Exofită | 7 | 6 | | 1 |
| Endofită | 2 | 2 | | |
| Mixtă | 7 | 4 | 1 | 2 |
| Total | 16 | 12 | 1 | 3 |

Tabelul 5b

Rezultatele tratamentului criogen al formelor limitate de cancer laringean t1-t2 și recidivelor, în dependență de localizarea procesului (V. Ciorici)

| Localizarea tumorii | Numărul bolnavilor | Efectul tratamentului | | |
|---------------------|--------------------|-----------------------|-------------------|------------|
| | | Efect deplin | Efect parțial | Fără efect |
| Coardele vocale | 64 | 59 | 5 | - |
| Valecule | 14 | 11 | 2 | - |
| Reg. Vestibulară | 18 | 15 | 4 | - |
| Total | 96 | 85 (88,54%) | 7 (11,45%) | - |

Tabelul ne demonstrează că lazerodestrucția endoscopică, fiind aplicată la 16 bolnavi în condiții de ambulatoriu, a dus la vindecarea a 12 dintre ei, cu termeni de observare de la 0,5 până la 5 ani. Metoda s-a dovedit a fi cu perspectivă și cere investigații în continuare (P. Gurău).

Tabelul 5b ne arată, că la 96 de bolnavi cu cancer laringean (formă limitată), cu vârstă înaintată și cu maladii asociate, li s-a înfăptuit metoda criogenă de tratament, la 85 de bolnavi efectul a fost deplin. Cercetările în această direcție vor fi prelungite. (V. Ciorici, 2009).

În cancer laringian la stadii inițiale, cea mai rațională este tactica de planificare individuală. Noi propunem să se înceapă cu un curs radical de radioterapie. După o doză de 40-45 Grey, trebuie să depistăm prin metode clinico-morfologice formele radiorezistente de cancer și, în cazul depistării acestora, radioterapia trebuie abandonată (stopată) și efectuată operația economă – rezecția laringelui.

Extrem de dificil este tratamentul bolnavilor cu cancer laringean la st. III (rata de adresare – 65-70%). Planificarea tratamentului acestor bolnavi este o sarcină mult mai dificilă, comparativ cu tratamentul la stadii inițiale și cere să se ia în considerare mai mulți factori ca: vârsta, profesia, localizarea cancerului (regiunea supraglotică, glotică sau subglotică), forma de proliferare, prezența stenozei, metastaze regionale, forma morfologică a tumorii etc). Aceste forme extinse ale cancerului laringian (stadiul III) manifestă adeseori sensibilitate la iradiere. Supraviețuirea la 5 ani după radioterapie, conform datelor radiologilor institutului nostru (R. Codița, A. Marandiuc, S. Ivanov, N. Novicova), a atins cota de 25-30% bolnavi, în baza acestui fapt noi am elaborat metoda combinată de tratament și continuăm s-o perfecționăm. Pentru fiecare bolnav de cancer laringian la st. III se elaborează un program individual de tratament, în baza principiilor generale deduse din multiplele probe, în secția „Tumori capului și gâtului” au fost efectuate cercetări clinico-morfologice speciale pe un lot de 197 de bolnavi cu cancer al regiunii supraglotice (vestibular) la stadiul III, cărora li s-a administrat tratament combinat în diferită succesivitate a componentelor chirurgicale și radioterapeutice (V.A. Darii, 2009).

În rezultat s-a stabilit că:

1. Tratamentul combinat al cancerului vestibular al laringelui la stadiile IIIa-IIIb trebuie început cu o cură preoperatorie de radioterapie în doză sumară de 40 Grey, după care, peste 2-3 săptămâni se recurge la intervenție chirurgicală.

2. La aceeași formă a cancerului st. IIIa este indicată în scop profilactic evidarea ganglionară cervicală, ca o metodă sigură de profilaxie și tratament a metastazelor regionale nedepistate clinic.

3. Ca indicație pentru efectuarea operațiilor profilactice asupra zonelor de metastazare limfatică servește forma endofită de proliferare a tumorii și osificarea cartilajelor laringiene, depistată radiologic în aceste forme cu tendință exagerată de metastazare regională.

Există însă cazuri care necesită inițial intervenție chirurgicală, în special cazurile cu stenoză a laringelui, cu pericondrită exprimată, sau formele endofite și mixte de proliferare a cancerului laringian cu invazie profundă în țesuturile adiacente și imobilizarea jumătății de laringe. Cura de radioterapie postoperatorie se administrează la 2-4 săptămâni după etapa chirurgicală.

Una dintre cele mai dificile probleme rămâne a fi tratarea cancerului laringian local-răspândit. În baza cercetărilor pe un lot de 370 de bolnavi, noi am argumentat raționalitatea clasificării operațiilor în dependență de volumul țesuturilor extirpate în operații largite și combinate. Conform legităților de răspândire a cancerului laringelui: în sus – cu afectarea bazei limbii și a spațiului preepiglotic, în jos – cu concreștere în segmentul cervical al traheei, anterior – cu infiltrarea țesuturilor suprafeței anterioare a gâtului, posterior – cu trecerea pe porțiunea inferioară a faringelui și porțiunea cervicală a esofagului, lateral – cu afectarea sinusului piriform și peretelui lateral al faringelui și a unui lob al glandei tiroide. În rezultat, am socotit rațională elaborarea a cinci variante de bază de laringectomii largite: superioară, inferioară, anterioară, posterioară și laterală. Pe lângă variantele enumerate, mai sunt posibile și diferite combinații dintre ele, cât și asocierea lor cu extirparea radicală în monobloc a metastazelor cervicale regionale. Astfel de operații le-am numit laringectomii combinate.

În varianta superioară a laringectomiei largite (138 de operații) este important să se aprecieze exact volumul de extirpare în bloc cu laringele țesuturilor bazei limbii, cu păstrarea, pe cât e posibil, a nervilor sublinguali.

Varianta inferioară a laringectomiei largite (56 de operații) prezintă dificultăți în determinarea liniei de rezecție a traheei, din cauza răspândirii invizibile submucoase a cancerului laringean pe acest organ. Pe lângă aceasta, majoritatea bolnavilor cu localizarea subglotică a procesului se internează cu traheostom deja aplicat, însoțit de efecte inflamatorii. Din aceste considerente, rezecția traheei urmează să fie efectuată la un nivel, pe cât e posibil, mai inferior, în cazul bontului prea scurt al traheei, pentru formarea traheostomului este rațională incizia semilunară a pielii în treimea inferioară a gâtului.

Varianta anterioară a laringectomiei largite (24 de operații), are un specific al său în ce privește excizia largită în monobloc cu laringele a țesuturilor suprafeței cervicale anterioare, inclusiv pielea; în metodica elaborată de noi, incizia propusă asigură ablastia acestui tip de laringectomie.

În varianta posterioară a laringectomiei largite (16 operații) se extirpează într-un bloc cu laringele un

segment sau hipofaringele în întregime și treimea superioară a esofagului. Defectul postoperator impune recuperarea plastică cu lambou deltopectoral, tubular sau microchirurgical, în scop de asigurare a integrității tractului digestiv.

În laringectomia lărgită varianta laterală (38 de operații) este important să se determine volumul țesuturilor faringelui extirpate în monobloc cu laringele, în caz de infiltrare a procesului tumoral. Linia de excizie uneori atinge polul inferior al tonzilei palatinale. În caz de răspândire pe laterală și superior, se cere o precauție deosebită, persistând riscul lezării arterei carotide interne. La răspândirea cancerului în direcție inferioară, spre cartilajul tiroid, în monobloc cu laringele, va fi extirpat istmul și unul din lobii glandei tiroide plus țesutul celulo-adipos paratraheal.

Cea mai serioasă problemă o constituie laringectomiile combinate (98 de cazuri) prin volumul mare al țesuturilor extirpate și gradul înalt de traumatism. Aproape în toate cazurile a fost necesară aplicarea faringos-tomelor planificate.

Analiza rezultatelor tardive justifică operațiile lărgite și combinate în cancerul local-răspândit al laringelui (supraviețuirea totală la 5 ani constituind 52,5+5,4%) (tabelul 6).

Tabelul 6

**Supraviețuirea bolnavilor cu cancer laringean local-răspândit
în dependență de volumul intervenției chirurgicale (V. Darii)**

| Volumul intervenției chirurgicale | | 3 ani | | | 5 ani | | |
|--------------------------------------|------------|------------|------------|-----------------|------------|-----------|-----------------|
| | | Observați | Sănătoși | % | Observați | Sănătoși | % |
| Laringectomia lărgită: | | | | | | | |
| - Superioară | 138 | 89 | 62 | 69,6+6,5 | 56 | 38 | 67,8+8,4 |
| - Inferioară | 56 | 24 | 15 | 62,5+11,1 | 18 | 6 | 33,3+13,6 |
| - Anterioară | 24 | 16 | 7 | 43,7+13,8 | 22 | 10 | 45,4+18,7 |
| - Posterioară | 16 | 13 | 7 | 53,8+16,6 | 17 | 3 | 17,6+15,2 |
| - Laterală | 38 | 28 | 18 | 64,2+11,6 | 26 | 12 | 45,1+15,01 |
| Laringectomia combinată | 98 | 67 | 49 | 73,1+9,5 | 36 | 23 | 63,8+11,7 |
| Total | 370 | 237 | 158 | 66,6+4,2 | 175 | 92 | 52,5+5,4 |

În cazurile depistării metastazelor cervicale (din observările noastre – cca 25% bolnavi), radioterapia preoperatorie trebuie să includă atât focarul primar, cât și zonele de metastazare regională, după care concomitent cu intervenția chirurgicală asupra tumorii primare, se efectuează și evidarea ganglionilor cervicali uni- sau bilateral, cu extirparea în monobloc a întregii piese operatorii. Tehnica și volumul operației vor depinde de caracterul metastazării (numărul metastazelor și infiltrarea în țesuturile adiacente). Noi recomandăm extirparea ganglionară în teacă fascială (variantă laringiană) sau operația Cryle.

Rezumând cele expuse mai sus referitor la cancerul laringian, am schițat câteva probleme-sarcini în investigațiile noastre în această direcție:

1. Elaborarea măsurilor eficiente de diagnostic precoce al cancerului laringian;
2. Elaborarea metodelor clinico-morfologice de determinare a radiosensibilității tumorii înainte și în procesul aplicării radioterapiei, ceea ce va asigura un tratament adecvat și bine dozat. Sunt necesare și criterii precise de determinare a gradului de malignizare a cancerului laringian plat pavimentos, pentru a elabora o tactică corectă de tratament;
3. Cercetarea și perfecționarea metodelor de radioterapie a cancerului laringian prin: utilizarea aparatelor moderne cu surse noi de iradiere, cu dozimetre perfecționate, aplicarea procedeelor de cercetare topografică a tumorii pentru radioterapie, stabilirea unui regim rațional de fracționare a dozei de iradiere, cercetări în vederea căutării a noi materiale radiosensibilizante. Astăzi cea mai reușită se consideră asocierea iradierii cu astfel de preparate ca prospidina, dactinomicina, bleomicina etc.
4. Perfecționarea fibrolaringoscopiei ca metodă suficientă de diagnostic a neoformațiunilor laringelui, fiind confirmată morfologic în 95% din cazuri.
5. Perfecționarea lazerodestrucției fibroendoscopice în tratamentul tumorilor benigne și afecțiunilor precanceroase ale laringelui.
6. Investigații în direcția aplicării crioterapiei pentru tratamentul cancerului laringian și a recidivelor limitate cu formă exofită de creștere a tumorii și cu localizarea ei pe două treimi anterioare ale plicii vocale.
7. Perfecționarea ulterioară a tehnicii de operație la laringe, cu scopul de a păstra funcția organului și de a sta-

bili indicații precise pentru diferite tipuri de rezecție, în asociere cu radioterapia preoperatorie după program radical. Elaborarea și perfecționarea tehnicii operațiilor lărgite și combinate, în caz de cancer laringian local-răspândit.

8. Elaborarea schemelor de tratament al bolnavilor cu tumori maligne radiorezistente. Problemă ce conține multe momente dificile: diagnosticul oportun al radiorezistenței, necesitatea repetării curei de radioterapie, folosirea metodelor moderne de terapie intensivă în operațiile lărgite, în special la bolnavii de vârstă înaintată și cu maladii asociate.

9. Cercetarea și elaborarea metodelor de prevenire a complicațiilor postoperatorii locale și generale. Elaborarea metodelor de suturare a defectului faringelui (manual, mecanic, microchirurgical etc.). În problemele tratamentului chirurgical, radioterapeutic, criogen, combinat trebuie să fie inclusă și problema pregătirii preoperatorii, asigurarea anesteziei și conduita postoperatorie, măsurile de reanimare, alimentarea optimală (prin sondă, parenterală), restabilirea vocii. Pentru toate aceste cercetări este necesară conlucrarea cu o serie de specialiști în materie.

Cancerul tiroidian, spre deosebire de alte tumori maligne, are o evoluție și un pronostic mai favorabil, datorită particularităților specifice biologice ale glandei tiroide. Investigațiile multiple și multilaterale în problema cancerului tiroidian s-au soldat cu succese serioase și au făcut ca în prezent tratamentul acestei maladii să fie unul din cele mai rezultative în structura neoplaziilor regiunii capului și gâtului.

Institutul Oncologic din Moldova dispune de un vast material clinic (peste 2411 cazuri clinice) referitor la diferite neoplazii ale glandei tiroide.

Cancerul glandei tiroide s-a dovedit a fi o maladie nu chiar atât de rar întâlnită cum s-a crezut până acum și în statistica clinicii noastre constituie 10% din tumorile capului și gâtului, sau 2% din numărul total al maladiilor oncologice, în momentul de față mulți bolnavi cu tumori ale glandei tiroide sunt tratați în diverse clinici (endocrinologie, chirurgie generală, radiologie), aplicându-se metode deseori neadecvate.

Prezentăm o scurtă analiză a experienței noastre în această problemă; în perioada anilor 1977-2009 în clinica noastră s-au tratat 2411 bolnavi cu diagnosticul verificat de cancer al glandei tiroide, dintre care la st. I – 13%, la st. II – 37,5% la st. III – 32,9% și la st. IV – 16,6%. Din numărul total de bolnavi cu recidivă a maladii – 5,1% în stare după tratament chirurgical primar neadecvat – 6,2%; cu metastazare în ganglionii limfatici regionali – 37,6%.

Examenul histologic a depistat în 51,5% cazuri adenocarcinom folicular; în 40,2% – adenocarcinom papilar; în 3,8% – cancer medular și în 4,5% – forme neidentificate ale cancerului glandei tiroide.

O mare parte din bolnavi au manifestat forme local-răspândite ale maladii (35,5%) și în 50,5% cazuri – procese la stadiul I-II. Este deosebit de important să se determine exact forma histologică a tumorii, factor decisiv în elaborarea programului de tratament, și pentru pronosticul maladii, desigur, în îmbinare cu alți factori.

În diferite clinici au fost studiate diverse metode de tratament al cancerului glandei tiroide (chirurgical, radioterapeutic, medicamentos, combinat etc.) dar s-a ajuns la concluzia că tratamentul de bază, totuși, rămâne cel chirurgical. Celelalte metode pot fi aplicate ca supliment sau paliativ, deși se cer investigații minuțioase în continuare.

Înainte de a elabora tactica operației, volumul și limitele ei, se cere să se stabilească exact forma histologică, forma clinică, caracterul proliferării, gradul de avansare a tumorii, vârsta și starea generală a bolnavului (A.I. Paces, R.M. Propp, 1984).

Experiența ne demonstrează, că atât hemitiroidectomia, cât și rezecția subtotală a glandei tiroide și tiroidectomia pot fi apreciate ca operații radicale în tratamentul cancerului tiroidian în lipsa metastazelor în ganglionii limfatici cervicali. În aceste intervenții, deosebit de importantă este problema păstrării nervilor recurenți, iar necesitatea rezecției lor trebuie bine argumentată.

Cancerul glandei tiroide are o tendință exagerată de metastazare în ganglionii limfatici cervicali regionali (37,6%), la 8,5% din ei – bilateral. Iată de ce, la depistarea metastazelor cervicale sau la suspectarea lor, este necesară extirparea radicală a țesutului adipos-fascial cu ganglionii limfatici regionali incluși. În clinica noastră practicăm operația asupra focarului primar (rezecția glandei tiroide, rezecția subtotală a glandei tiroide sau tiroidectomia), concomitent cu evidarea ganglionară laterocervicală din una sau ambele părți (variante tiroidiană). Operațiile de tip Cryle sunt utilizate mai rar – la infiltrarea metastazelor în v. jugulară internă sau în mușchiul sternocleidomastoidean.

În cancerul tiroidian, extirparea profilactică a țesutului adipos-fascial laterocervical în lipsa metastazelor nu ameliorează rezultatele tratamentului, fapt condiționat, în primul rând, de esența biologică a tumorii și de particularitățile evoluției clinice. Nici iradierea zonelor de metastazare regională după operația radicală nu favorizează aceste rezultate. Radioterapia are efect la tratarea bolnavilor cu formă neidentificată a maladii, problema necesitând cercetări mai profunde în această direcție.

Discuții serioase trezește problema tratamentului chirurgical la formele local-răspândite ale cancerului tiroidian, în special operațiile lărgite.

Vecinătatea anatomică intimă a glandei tiroide cu laringele, traheea, esofagul și invazia tumorii în aceste organe chiar la etapele inițiale ale procesului canceros influențează evoluția clinică a cancerului tiroidian local-răspândit. În baza cercetărilor noastre asupra unui lot de 495 de bolnavi cu cancer local-răspândit, în funcție de direcția de răspândire a tumorii în raport cu istmul glandei, noi am elaborat câteva variante de tireoidectomie lărgită: superioară, inferioară, laterală sau combinată.

Varianta superioară prevede extirparea glandei tiroide împreună cu țesuturile moi și peretele anterior al traheei, mai sus de istm. Varianta inferioară – excizia radicală a țesuturilor moi ale părții anterioare a gâtului, traheei, mai jos de istm. Varianta laterală – prevede extirparea glandei tiroide, nervului recurent, rezecția traheei și a stratului muscular al esofagului. În caz de afectare a câtorva organe vecine cu glanda tiroidă, se efectuează tireoidectomia combinată. Atunci când există indicații respective, tireoidectomia se suplimentează cu evidarea ganglionară cervicală în volum radical.

Rezultatele operațiilor lărgite și combinate aplicate în forme local-răspândite ale cancerului glandei tiroide se arată dependente de volumul intervenției chirurgicale (tabelul 7).

Tabelul 7

Supraviețuire la 3 și 5 ani a bolnavilor cu cancer tiroidian, în funcție de tipul operației aplicate (A. Țibîrnă, A. Clipca)

| Volumul operației | Numărul bolnavilor | 3 ani | | | 5 ani | | |
|--------------------------|--------------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|------------|
| | | observați | sănătoși | % | observați | sănătoși | % |
| Operații tipice | 1916 | | | | | | |
| Operații lărgite: | | | | | | | |
| - Superioară | 117 | 88 | 66 | 75,5+15,3 | 55 | 33 | 60,0+21,9 |
| - Inferioară | 88 | 77 | 55 | 71,0+17,2 | 44 | 22 | 50,0+25,0 |
| - Laterală | 123 | 99 | 66 | 66,6+15,7 | 66 | 44 | 66,6+19,25 |
| Tireoidectomia combinată | 167 | 60 | 54 | 90,0+5,5 | 48 | 42 | 87,5+9,27 |
| Total | 2411 | 324 | 241 | 75,7+13,4 | 213 | 141 | 66,0+18,8 |

Astfel, cele mai bune rezultate au fost obținute în tireoidectomii combinate, iar cele mai nefavorabile – în tireoidectomii extinse inferioare. Maxima indicelui mortalității revine primilor 2 ani după operație, în cercetările noastre, din 77 de bolnavi, 15 au decedat în primii 1,5 ani după intervenția chirurgicală. Analiza rezultatelor tardive justifică operațiile lărgite și combinate în cancerul local-răspândit al glandei tiroide (supraviețuirea de 5 ani, în total, constituie 66,0±18).

Bibliografia contemporană prezintă puține date despre supraviețuirea la 5 și 10 ani a bolnavilor, în funcție de forma histologică a tumorilor tiroidiene (tabelul 8).

În baza datelor noastre, am constatat că cel mai favorabil pronostic îl au adenocarcinoamele papilare și foliculare, nefavorabil – în cazul cancerului medular și absolut nefavorabil – în cancerul nediferențiat. În ce privește stadiul procesului tumoral, eficacitatea tratamentului va depinde mai mult de răspândirea tumorii primar decât de metastazele regionale. Mortalitatea postoperatorie a constituit 1,7%, recidivarea cancerului tiroidian în 0,5% cazuri.

În ultimii ani, oncologii tot mai mult sunt îngrijorați de problema operațiilor repetate la bolnavii cu cancer tiroidian, după operații primare neadecvate în alte instituții medicale.

De obicei, intervențiile chirurgicale sunt efectuate pentru gușă nodulară, fără a bănui existența unei tumori maligne, astfel, cancerul tiroidian se depistează doar la examenul histologic al piesei operatorii. Diagnosticul stabilit doar pe baza datelor anamnezei, al examenului vizual și palpator, este insuficient pentru a stabili diagnoza corectă. Se cer intervenții speciale în examenul citologic al punctatului.

Tabelul 8

Rezultatele tardive în tratarea bolnavilor cu cancer tiroidian, în dependență de morfologia tumorii (în %)

| Autorul | Adenocarcinom papilar | | Adenocarcinom folicular | | Cancer medular | | Cancer nediferențiat | |
|-------------------|-----------------------|--------|-------------------------|--------|----------------|--------|----------------------|--------|
| | 5 ani | 10 ani | 5 ani | 10 ani | 5 ani | 10 ani | 5 ani | 10 ani |
| E.A. Valdina 1987 | 95 | 90 | 80 | 73 | | | | |
| K.Helnan 1977 | 54 | 52 | 42 | 40 | 56 | 33 | 11 | |
| K.Aldinger 1978 | 91,4 | | 85,1 | | | | 13,2 | |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|------|------|------|------|----|----|--|--|
| W. Simson 1984 | | | | | 57 | 50 | | |
| A.I.Paces și R.M. Propp 1984 | 95,3 | 94,2 | 90,1 | 75,7 | 87 | 80 | | |
| S.Bologa 1995 | 91,2 | 90,1 | 90,0 | 82,4 | 81 | 35 | | |
| Catanio Antonio 2004 | 89,8 | 90,0 | 89,3 | 80,2 | 50 | 36 | | |
| Djatin P. Shah 2007 | 90,3 | 90,0 | 90,0 | 78,3 | 80 | 37 | | |
| Datele noastre (2009) | 93,2 | 91,1 | 90 | 84,1 | 50 | 30 | | |

De obicei, intervenția chirurgicală de tipul enucleației nodului se înfăptuiește sub anestezie locală. După sosirea rezultatului examenului histologic (unii bolnavi de acum sunt externati), trezește nedumerire îndreptarea în instituțiile oncologice. Și atunci apare întrebarea: „Ce tactică trebuie aplicată în aceste cazuri?”.

În clinica noastră, toți acești bolnavi au fost reopeși. La 47% din ei a fost depistat cancerul în fragmentele restante ale glandei tiroide, iar la 18,2% – era afectat de cancer și celălalt lob. Desigur, reoperațiile sunt mai complicate, sunt suportate mai greu de bolnavi și mai frecvent apar complicații postoperatorii. Asta ne-a făcut să schimbăm tactica chirurgicală, asociind-o cu tratamentul medicamentos postoperator. Ca urmare, rezultatele tardive în tratarea bolnavilor reopeși s-au ameliorat, supraviețuirea de 5 ani constituind, conform datelor noastre, 81%.

Astfel, reperele de bază în tratamentul modern al cancerului glandei tiroide sunt: 1) tactica selectivă de tratament și volumul adecvat al operației; 2) aplicarea rațională a radioterapiei, hormonoterapiei și terapiei medicamentoase. Hormonoterapia administrată sub control strict al fonului hormonal.

În clinica noastră, o atenție deosebită se acordă problemei reabilitării chirurgicale a bolnavilor cu oncopatologii în regiunea capului și gâtului (tabelul 9).

Noi aplicăm toate tipurile existente de plastie primară și secundară a defectelor postoperatorii, cea mai utilizată fiind plastia primară cu lambou musculo-cuianat pe pedicul vascular (cervical, humeral, delto-pectoral – C.I. Clim). Noi am fost primii care am aplicat în oncologia tumorilor capului și gâtului plastia cu lambou microchirurgical pentru acoperirea oricărui defect postoperator, indiferent de formă și dimensiuni (Gh. Țîbîrnă, N. Antohii).

Tabelul 9

**Reabilitarea chirurgicală a bolnavilor oncologici cu defecte extinse ale țesuturilor capului și gâtului
(C. Clim, Iu. Țurcan)**

| Localizarea defectului | Num. bolnavilor (total) | Numărul bolnavilor, cărora li s-a efectuat plastie | | | | | | |
|---|-------------------------|--|---------------|---------------|------------|-------------------|----------------|------------------------------|
| | | lambou tubular | lambou cervic | lambou frunte | lambou DP | lambouri multiple | lambou insular | transplant micro-chirurgical |
| Fruntea și partea piloasă a capului | 23 | 7 | | | | 7 | | 9 |
| Zona medie a pielii feții | 99 | 16 | 5 | 9 | 21 | 16 | 8 | 24 |
| Partea inferioară a feții | 202 | 25 | 55 | 5 | 47 | 26 | 6 | 38 |
| Faringele, esofagul, regiunea cervicală | 359 | 95 | 9 | | 130 | 65 | 4 | 56 |
| Total | 683 | 143 | 69 | 14 | 198 | 114 | 18 | 127 |

În total au fost efectuate circa 2000 de operații plastice. Complicațiile în aplicarea lamboului delto-pectoral au alcătuit 20% cazuri; la aplicarea lamboului cervical – 40%; celui microchirurgical – 15% cazuri. Cercetările în această direcție continuă, reabilitarea bolnavilor oncologici și readucerea lor la modul de viață normal fiind sarcina majoră a oncologilor.

La trecerea în revistă a stării actuale în problemele tratamentului oncologic, pe exemplul a cinci localizări ale tumorilor capului și gâtului, menționăm că, în afară de metodele tradiționale de tratament: chirurgicală, medicamentoasă, combinată și radioterapeutică, noi am introdus o metodă nouă (metoda de crioacțiune), asupra elaborării căreia lucrăm pe parcursul a mai mult de 20 de ani.

Împreună cu specialiștii Centrului Oncologic Științific al Academiei de Științe a Federației Ruse (prof. V.V. Șentali, 1977), noi am participat la discuțiile tehnico-inginerice cu fizicienii și la aprobarea noilor aparate.

Am acumulat un număr mare de observări clinice la acest capitol. Analizând rezultatele investigațiilor, putem afirma că lucrările noastre au contribuit la fundamentarea științifică a metodei de criotratament în medicină.

Am propus două variante de crioacțiune – instalații staționare și aparate portative de dimensiuni mici. Noi am elaborat o metodă de prognozare a efectului criogen cu ajutorul unei serii de normograme speciale (V. Sucevan, A. Doruc, 2005), obținute în rezultatul cercetărilor clinicomorfoloogice ale formelor limitate de carcinom bazocelular, cancer cutanat etc. Aplicarea acestei metode de prognozare asigură rezultate înalte în tratament. Au fost elaborate diverse variante tehnologice de aplicare a crioacțiunii: de contact, în flux de aerol, de penetrare. S-au propus metode combinate de criodistrucție a tumorii, de potențare a efectului criodestructiv cu ajutorul ultrasunetului de intensitate joasă (0,5 Wt/cm. pat.).

Tabelul 10

Rezultatele criotratamentului bolnavilor cu tumori benigne și maligne ale regiunii capului și gâtului în condiții de policlinică (A. Doruc)

| Localizarea | Numărul bolnavilor | Supraviețuirea de 5 ani | |
|--------------------------------------|--------------------|-------------------------|------------|
| | | Fără recidive | % |
| Bazaliom de formă limitată (1-5 cm.) | 9442 | 9442 | 100 |
| Cancer cutanat st.I-II | 842 | 842 | 100 |
| Cancerul b/infer. st.I-II | 1937 | 1937 | 100 |
| Maladii Precanceroase facultative | 3090 | 3090 | 100 |
| Total | 15311 | 15311 | 100 |

Tabelul 11

Rezultatele criodistrucției la bolnavii cu cancer local-răspândit al capului și gâtului (A. Doruc)

| Localizarea | Numărul bolnavilor | Tratarea deplină | | Remisie | |
|---|--------------------|------------------|-------------|------------|-------------|
| | | n.b. | % | n.b. | % |
| Bazaliom al pielii local-răspândit (5-10 cm). | 298 | 277 | 97,2 | 21 | 7,8 |
| Cancer al buzei inferioare st.I-II cu progresare locală. | 539 | 511 | 94,8 | 28 | 5,5 |
| Cancerul pielii st.III-IV cu progresare locală. | 187 | 171 | 91,4 | 16 | 9,3 |
| Cancer al mucoasei cavității bucale st.III-IV, local-răspândit. | 96 | 84 | 87,5 | 12 | 14,3 |
| Cancer al orbitei și sinusurilor paranazale st.III-IV. | 40 | 34 | 85,1 | 6 | 17,6 |
| Melanom cutanat | 110 | 90 | 81,8 | 20 | 22,3 |
| Total | 1370 | 1167 | 91,8 | 103 | 13,9 |

Rezultatele satisfăcătoare obținute prin crioterapie ne-au convins pe noi și noi, la rândul nostru, le propunem și altora această metodă eficientă, cu condiția respectării stricte atât a tehnicii cât și a indicațiilor.

În caz de bazaliom sau cancer cutanat al regiunii capului și gâtului, criodistrucția poate fi utilizată ca metoda de bază cu efect total.

Criodistrucția, ca metodă, mai are un avantaj serios – poate fi aplicată în condiții de policlinică și permite vindecarea dintr-o singură ședință, cu efectul de 100%. Către anul 2009, cota cazurilor de aplicare a crioterapiei a constituit 15311, deocamdată cel mai voluminos material de observare clinică în toate țările C.S.I. (tabelul 10).

Metoda criodistrucției este aplicată de noi și la bolnavii cu cancer local-răspândit al capului și gâtului, în special, la persoanele de vârstă înaintată, cu maladii asociate grave, când metodele tradiționale de tratament sunt contraindicate. Pentru mărirea potențialului de acțiuni criogene, am utilizat ultrasunetul, hipertermia, fracții majore de radioterapie și terapie medicamentoasă (tabelul 11).

Din tabel rezultă eficacitatea înaltă a metodei chiar în cazurile cele mai grave. Astfel, tratamentul criodestructiv al melanoamelor nu cedează în rezultate metodelor chirurgicale și combinate. Mai mult decât atât, are chiar o serie de avantaje, prin simplitatea și accesibilitatea metodei, posibilitatea aplicării la bolnavii cu maladii asociate grave, rezultatele cosmetice și funcționale mai favorabile.*

Timpe de peste trei decenii colaboratorii noștri au editat peste patru sute de comunicări științifice, dintre care 11 monografii și 13 brevete de invenție și trei recomandări metodice referitor la diagnosticul precoce, tratamentul și reabilitarea bolnavilor cu tumori în regiunea capului și gâtului.

Referințe bibliografice

1. Пачес А.И., Огольцова Е.С., Цыбырнэ Г.А. Актуальные вопросы хирургического лечения рака гортани, Кишинев, 1976, 176с.
2. Цыбырнэ Г.А., Годорожа Н.М. Рак нижней губы, Кишинев, 1978, 117с.

3. Б. М. Втюрин, Г.А. Цыбырнэ, К. И. Клим, Хирургическое лечение рака головы и шеи, Кишинев, 1981, 149с.
4. Цыбырнэ Г.А., Лечение местно распространенного рака головы и шеи, Кишинев, 1987, 266 с.
5. Цыбырнэ Г.А., Камышов Я.М. Мереуцэ И. Е. Лечение хронического болевого синдрома, Кишинев, 1993, 241с.
6. Boris Melnic, Gheorghe Țîbîrnă, Gheorghe Duca, Simona Corina Cică. Chimia, stresul și tumoarea, Chișinău: Universul, 1997, 236p.
7. Gheorghe Țîbîrnă, Ion Mereuță. Cancerul. Vigilența oncologică în activitatea medicului de familie, Chișinău: Universul, 1997, 175p.
8. Gh.Țîbîrnă, N.Ghidirim, Combaterea cancerului, Chișinău, 2000, 112p.
9. Gh.Țîbîrnă, Ghid clinic de oncologie, Chișinău, 2003, 827 p.
10. Г.Цыбырнэ, Клиническая онкология, Кишинэу: Универсул, 2005, 832 стр.
11. Gh.Ghidirim, I. Ababii, Gh. Țîbîrnă, Gh. Palade. Membrii secției de științe medicale Activitatea științifică și managerială. Ediție jubiliară. 60 de ani de la fondarea AȘM, Tipografia AȘM, Chișinău 2006, 222p.

1. Brevet de invenție Nr. 1965 Doruc A. „Dispozitiv și metodă de tratament a melanomului”. 2002.
2. Brevet de invenție Nr. 2419 Doruc A., Țîbîrnă Gh., Suceveanu V., Doruc A., Doruc S.,Țîbîrnă A. „Metodă de tratament al tumorilor maligne local răspândite”. 2004.
3. Brevet de invenție Nr.2601 Doruc A., Țîbîrnă Gh., Doruc A., Doruc S.,Țîbîrnă A. „Metoda combinată de tratament a tumorilor maligne local răspândite”. 2004.
4. Brevet de invenție Nr. 2544 Doruc A., Țîbîrnă Gh., Doruc A., Doruc S.,Țîbîrnă A. „Metoda combinată de tratament a tumorilor maligne local răspândite ale capului și gâtului”. 2004.
5. Brevet de invenție Nr. 2378 Doruc A., Țîbîrnă Gh., Suceveanu V., Doruc A., Doruc S.,Țîbîrnă A. „Metoda de determinare a parametrilor pentru crioaplicare”. 2004.
6. Brevet de invenție Nr.2543 Doruc A., Țîbîrnă Gh., Doruc S., Railean E., Țîbîrnă A. „Metodă de tratament a tumorilor maligne local-răspândite”. 2004.
7. Brevet de invenție Nr.3003 Țîbîrnă Gh., Doruc A., Doruc S.,Țîbîrnă A. „Metodă de tiroidectomie lărgită superioară în cancerul glandei tiroide”. 2006.
8. Brevet de invenție BOPI 12/2006 Darii Valentina, Țîbîrnă Gheorghe, Doruc Andrei, Postolache Alexandru „Metodă de tratament al cancerului laringian”. 2006.
9. Brevet de invenție Nr.3352 Doruc A., Țîbîrnă Gh., Suceveanu V., Doruc A., Doruc S.,Țîbîrnă A. „Procedeu de crioaplicare cu monitorizare integrală a temperaturii zonelor supuse distrucției”. 2007.
10. Brevet de invenție Nr. 3223 Cojocaru C., Țîbîrnă Gh., Timirgaz V., „Metoda chirurgicală de tratament al tumorilor craniofaciale”. 2007.
11. Brevet de invenție BOPI 4/2008 Jovmir V., Țîbîrnă Gh., Darii V., Rotaru A. „Metodă de tratament al plăgii postoperatorii după mastectomie”. 2008.
12. Brevet de invenție BOPI 5/2008 Jovmir V., Țîbîrnă Gh., Darii V., Rotaru A., Rotaru D. „Metodă de tratament al plăgii postoperatorii după mastectomie”. 2008.
13. Brevet de invenție Nr.103 Gh. Țîbîrnă, Nica Iu., Darii V., Doruc A., Postolache A., Ciorici V. „Dispozitiv chirurgical de suturare”. 2009.

1. Цыбырнэ Г.А., Огольцова Е.С., Антохий И.Н. Организация ранней диагностики и выбор оптимального лечения рака гортани. Метод. рекомендации, Кишинев, Штиинца, 1981, 25 с.
2. Цыбырнэ Г.А., Монул Ф.А., Бурджуа Г.И., Гуцан А.Э. К организации ранней диагностики злокачественных новообразований челюстно-лицевой области, Метод, рекомендации, Кишинев, Штиинца, 1980, 27.
3. P. Gurău, Gh. Țăbârnă. Organizarea depistării precoce a cancerului laringean, (Recomandări metodice). Chișinău – 1994, 15 p.

* Timp de 30 de ani în clinica „Tumori ale regiunii capului și gâtului” au fost tratați peste 19000 de bolnavi, dintre care 12.500 cu tumori maligne. Au fost efectuate 20.000 de operații chirurgicale la bolnavii cu tumori în regiunea capului și gâtului, mortalitatea fiind numai de 1,9%.

Indiferent de succesele obținute, mai rămân a fi studiate încă multe probleme ce țin de aplicarea în practică a noilor metode de diagnostic și tratament al tumorilor capului și gâtului.

În încheiere, menționăm că cele expuse aici sunt doar o schiță a unui tablou vast, ce oglindește starea actuală a diagnosticului și problemele tratamentului bolnavilor cu tumori ale capului și gâtului. Sunt trasate doar unele etape și redate schițat cercetările pe viitor în speranța unor rezultate mai bune.

Acest lucru enorm și de o valoare incontestabilă noi n-am fi fost în stare să-l realizăm singuri, fără susținerea unei pleiade de învățători, colegi și discipoli cu care am împărtășit nu numai bucurii, ci am suportat și înfrângeri, fără de care nu există o școală științifică adevărată.

Îmi face mare plăcere să-i menționez pe unii dintre ei: acad. N.N. Blohin, acad. N.N. Trapeznicov, prof. A.I. Paces, E.S. Ogolitova, C.A. Draganiuc, G.B. Honelidze, C.A. Țîbîrnă, A.P. Ciornâi, E.T. Mălai, G.A. Bulbuc, I.T.

Corcimaru, I.T. Zisman, M.G. Zagarschii, M.V. Godină, E.N. Fomenko, A.G. Cucieru, V.C. Jovmir, N.F. Belev, V.F. Cernat, V.V. Eftodii, I.E. Mereuță, R.I. Codița, A.S. Marandiuc, N.V. Novicova, A.A. Grinberg, N.P. Ghidirim, I.S. Suharschii, V.A. Darie, A.S. Doruc, C.I. Clim, V.A. Ciorici, P. Gurău, A.M. Bejan, V. Paladi, R. Mîndruța, S. Marina, A.D. Postolachi, A.F. Soltan, N.I. Piterschii, A. Clipca, C. Cojocaru, A. Țîbîrnă, G. Arîcu, D. Cebotari, L. Ursu, M.C. Gabunia, cât și mulți alți colegi, care au activat și continuă să activeze în institutul nostru.

Cuvinte de recunoștință și mulțumire le adresăm tuturor conducătorilor și colectivelor acestora, cu care colaborăm permanent și cărora le purtăm o stimă adâncă.

ANEXĂ

Lista tezelor de doctor și doctor habilitat în medicină susținute de către colaboratorii Departamentului clinic de studiere a tumorilor capului și gâtului al Institutului Oncologic din Moldova și medicii altor instituții medicale, sub conducerea doc. hab., prof. Gh. Țîbîrnă (1977-1997).

Tezele de doctor în medicină:

1. A.S Doruc. Криогенный метод лечения ограниченных форм базалиом, рака кожи головы и шеи, рака нижней губы I-II стадии, в условиях онкологической поликлиники. Ленинград, 1987.
2. V. A.Darii К тактике комбинированного лечения рака вестибулярного отдела гортани III стадии. Ленинград, 1990.
3. V. F Cernat. Reabilitarea bolnavilor oncologici și posibilitățile ameliorării calității vieții lor în condițiile unui raion rural. Chișinău, 1993
4. Petru Gurău. Fibrolaringoscopia în diagnosticul și chirurgia cu laser a tumorilor și patologiei precanceroase a laringelui. Chișinău, 1994
5. Adrian Clipca. Aspecte clinico-morfologice ale cancerului tiroidian “ocult” și incipient, Chișinău, 2008.
6. Corneliu Cojocaru. Diagnosticul și tratamentul chirurgical al tumorilor craniofaciale, Chișinău, 2008.

Tezele de doctor habilitat în medicină:

1. Gheorghe Țîbîrnă. Хирургическое лечение местно - распространенных злокачественных опухолей головы и шеи. Москва, 1982.
2. Ilie Banari. Хирургическое лечение больных с периферическими параличами и сочетанными (рубцово-паралитическими) стенозами гортани. Ленинград, 1990.
3. P.M. Pihut. Доброкачественные заболевания и рак молочной железы (клинико-эпидемиологические исследования). Москва, 1995.
4. Ion Mereuță. Реабилитация и паллиативное лечение онкологических больных в Республике Молдова. Санкт-Петербург, 1995.
5. N.F. Belev. Генетический анализ предрасположенности к аденомам и раку толстой кишки. Москва, 1996.
6. V.V. Eftodii. Posibilități moderne de ameliorare a rezultatelor postoperatorii precoce la bolnavii oncologici. Chișinău, 1997.

Rezumat

Experiența acumulată timp de peste 30 de ani ne permite să afirmăm, că la momentul actual secțiile „Tumori ale regiunii capului și gâtului” constituie cea mai reușită formă organizatorică în sistemul instituțiilor oncologice.

Odată cu organizarea lor a decăzut necesitatea transferului bolnavilor în alte instituții și secții de profil, toate etapele tratamentului fiind asigurate și urmărite de o singură echipă de medici cu pregătire oncologică specială.

Timp de peste 30 de ani, în clinica Tumori ale capului și gâtului au fost tratați peste 24.000 de bolnavi, dintre care 14.500 cu tumori maligne. Au fost efectuate 25.000 de operații chirurgicale la bolnavii cu tumori în regiunea capului și gâtului, mortalitatea fiind numai de 1,9%.

Summary

The experience for over 30 years showed, that the Department of Head and Neck Tumors is the most successful organizational form in the system of Oncologic Institutions.

With its creation the necessity of transferring patients from one specialized institution or department to another disappeared, all the stages of treatment being provided and supervised by a single team of doctors, that have a special oncologic preparation.

For more than 30 years, in the clinic of head and neck surgery were treated over 24.000 patients almost 14.500 with malignant tumors. There were performed 25.000 of surgical operation to the patients with tumours of the head and neck region. The mortality being only 1,9%.